

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE N° 149

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DESMIER

Né le 26 Février 1900 à Benet (Vendée)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'Omentovolvulus
ou torsion du grand Épiploon

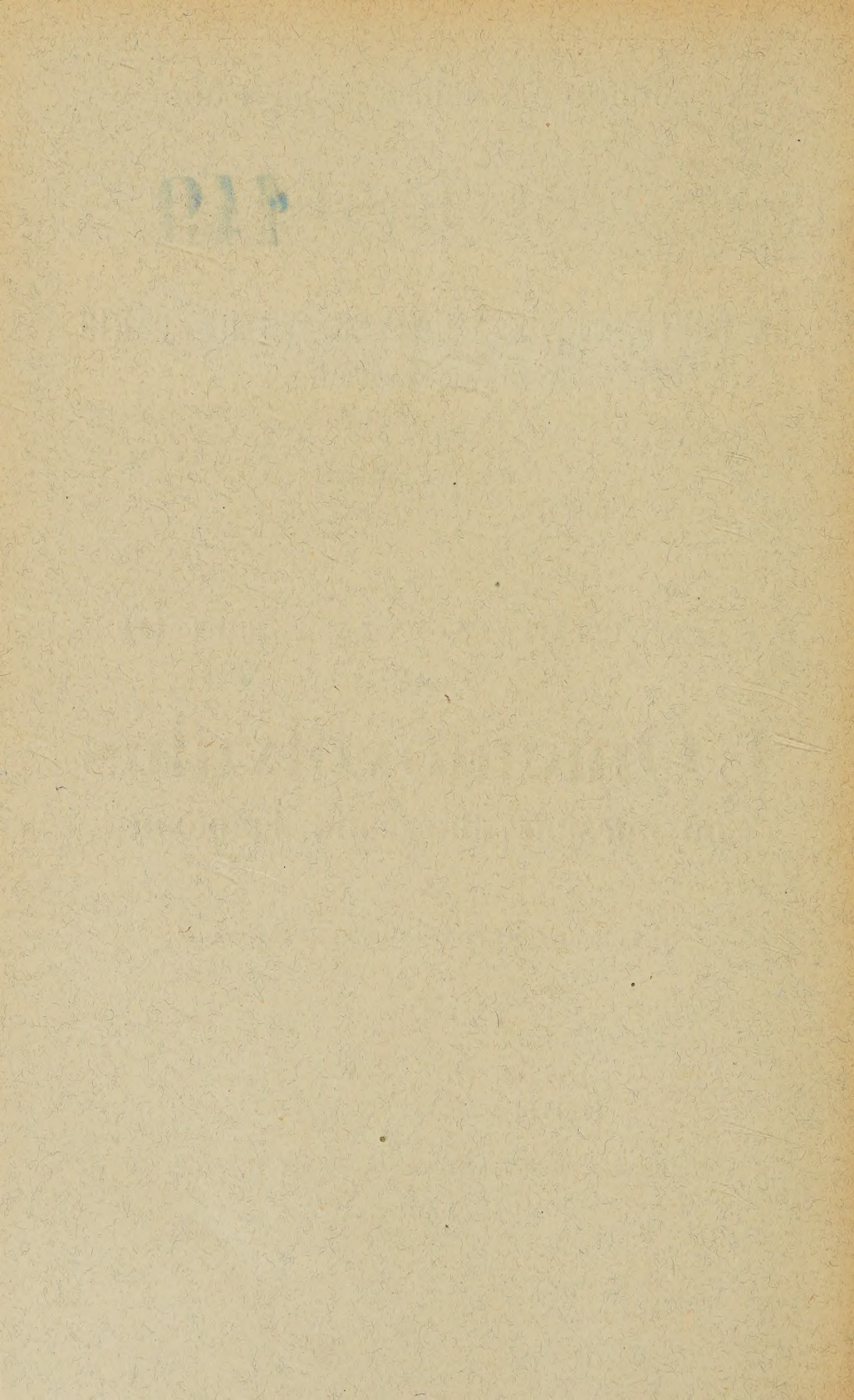
Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927



T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DESMIER

Né le 26 Février 1900 à Benet (Vendée)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Omentovolvulus
ou torsion du grand Épiploon

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Doyen	
I. — Professeurs	
Anatomie	
Anatomie médico-chirurgicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	
Bactériologie	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
 Clinique médicale	
 Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
 Clinique chirurgicale	
 Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
 Clinique d'accouchements	
 Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeur sans chaire	

M. ROGER
MM.
NICOLAS
CUNEO
ROGER
STROHL
DESGREZ
LEMIERRE
BRUMPT
MARCEL LABBE
SIGARD
LECENE
ROUSSY
PRENANT
TIFFENEAU
CARNOT
Léon BERNARD
BALTHAZARD
MENÉTRIER
RATHERY
GILBERT
BEZANÇON
ACHARD
WIDAL
MARFAN
NOBECOURT
H. CLAUDE
JEANSELME
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
HARTMANN
LEJARS
GOSSET
TERRIEN
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J.-L. FAURE
OMBREDANNE
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGEANT
ROUVIERE
BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	DEBRE	Hygiène.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	I. DE JONG	Anatomie pathologique.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
BINET	Physiologie.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	FOIX	Pathologie médicale.
BRULE	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	HARVIER	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	HEITZ-BOYER	Urologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.	HOVELACQUE	Anatomie.
CLERC	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique .
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RICHET Fils ..	Physiologie.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VELTER.....	Ophtalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.

ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LE LORIER....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

REITTERER	Histologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VILLARET....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale infantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
LOEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554634_0050

A MA GRAND' MERE

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FIANCÉE

A MES DEUX FRERES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



INTRODUCTION

Nous avons entrepris l'étude de l'omentovolvulus à l'occasion d'une observation très caractéristique de cette lésion, qu'il nous a été permis d'étudier à l'hôpital Bichat, dans le service de M. BAUDET.

Bien que cette question ait été remarquablement étudiée par M. LEJARS (Sem. Méd. 13 février 1907), par MM. JABOULAY et PATEL dans leur « nouveau traité de chirurgie » et plus récemment par M. AIMES, dans son livre sur la « chirurgie du grand épiploon », nous n'avons pas renoncé à publier notre étude plus récente.

Notre contribution personnelle sera d'ajouter une observation nouvelle à l'étude de cette affection, rare mais non exceptionnelle.

Nous ferons figurer enfin à la suite de notre travail, une bibliographie que nous avons cherchée à rendre aussi complète que possible.

OBSERVATION PERSONNELLE

recueillie dans le service de M. BAUDET

à l'hôpital Bichat

Madame V^{ve} C..., 60 ans, entre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 20 Juin 1926 ; elle est admise d'urgence avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

Elle présente, en effet, une hernie inguinale droite très volumineuse, distendant la grande lèvre correspondante. La sensibilité de la tuméfaction est considérable, peut être un peu plus marquée au niveau de l'anneau inguinal.

La hernie est irréductible ; on ne pratique d'ailleurs aucune tentative de taxis. Pas d'impulsion à la toux, ni selles ni gaz depuis la veille ; des vomissements alimentaires et bilieux sont apparus depuis quelques heures.

L'état général de la malade est médiocre. Obèse, âgée de 60 ans, elle est alitée depuis plusieurs semaines. Les troubles qu'elle accuse sont complexes. Elle se plaint d'une dyspnée qui la contraint à rester constamment assise dans son lit. Elle est cyanosée ; ses membres inférieurs sont infiltrés d'œdème au niveau des malléoles. Son appétit est nul ; elle souffre de nausées et de douleurs abdominales à caractère de pesanteur et de coliques ; elle est constipée.

L'abdomen est météorisé, souple dans toute son étendue : l'épaisseur de la paroi ne permet pas de constater l'existence d'une masse abdominale.

Le médecin qui la suit, attribue ces accidents à de l'insuffisance cardiaque et rénale ; une saignée a été pratiquée quelques jours avant l'admission de la malade à l'hôpital.

La hernie inguinale qui paraît actuellement étranglée, est irréductible depuis dix neuf ans; mais elle n'est douloureuse que par intermittences.

Intervention d'urgence. Opérateur : M. BERSON, interne du service.

Incision de cure radicale de hernie inguinale, sous anesthésie locale. Mise à nu et ouverture du sac. A l'incision de celui-ci s'écoule une notable quantité de liquide sanguinolent, noirâtre, non fétide. Le sac contient une masse épiploïde noirâtre.

On extériorise cette masse épiploïde ; libération facile au collet herniaire. On constate à ce moment que le sphacèle n'est pas limité à la partie de l'épiploon incarceration, mais qu'il remonte au-delà.

On agrandit vers le haut l'incision pariétale, de façon à extérioriser sans violences cette masse épiploïque tuméfiée et friable.

On parvient ainsi à atteindre la limite supérieure de la zone sphacelée : en ce point le pédicule est très étroit ; il est constitué par une torsion (quatre tours) de l'épiploon.

Résection de celui-ci : la masse réséquée semble comprendre la presque totalité de l'épiploon.

Fermeture de la brèche péritonéale. Paroi au catgut chromé. Un drain. Agrafes.

Suites opératoires simples : La malade est sortie de l'hôpital le quinzième jour, a vu disparaître progressivement tous les troubles dont elle souffrait avant son admission et qui semblent devoir être rapportés à la torsion épiploïque.

HISTORIQUE

La plus ancienne observation connue d'omentovolvulus est celle publiée par Pierre de MARCHETTIS, en 1858 (Recueil d'observations rares de chirurgie et de médecine). En 1882 paraît celle d'OBERST, en 1893, au congrès de chirurgie de Pau, celle de DEMONS. Aucun de ces auteurs ne connaissait d'observations antérieures à la sienne.

En 1900, l'omentovolvulus est l'objet de discussions à la Société de Chirurgie.

La première étude documentée est faite en 1903 par VIGNARD et GIRAudeau (Nantes) qui publient les 20 cas jusqu'alors connus.

En 1904, M. MAUCLAIRE, dans la revue de Gynécologie apporte plusieurs observations intéressantes avec étude histologique de la tumeur épiploïque ainsi que le résultat des expériences qu'il a tentées.

En 1907, paraissent presque simultanément, les travaux de M. LEJARS (Sem. Médic. 13 février 1907) et ceux de M. LAPEYRE, de Tours (Archiv. Prov. de Chir. Juin 1907). Le nombre d'observations connues de cette affection est alors de 68, ce qui fait dire à M. LEJARS : « L'omentovolvulus n'est pas une curiosité rare ».

Puis les cas se multiplient avec les *observations* de MM. BROCA, RIEDEL, TUFFIER, WALTHER, MORESTIN, NOBLE, les thèses de MM. ROCHE (1904), MATTRAITS (1908),

FOUSSENG (1908), BARBONI (1911), FIERE (1922), et les publications de MM. SIMON et STULZ (Archiv. Franco-Belges de Chir. Déc. 1921), de M. PATEL (Soc. Chir., Lyon, 3 Nov. 1921), de M. Ch. LEFEBVRE (Arch. Fr. Belg. Chir., Févr. 1923 et de MM. E. POLLOSSON et H. COMTE (Lyon Chir., Juillet-Août 1925). La question a été particulièrement étudiée par MM. JABOULAY et PATEL (Tome xxv du Nouveau Traité de Chirurgie, p. 279) et par M. AIMES (Chir. du Grand Epiploon, 1920).

A l'étranger il faut signaler les travaux importants de MM. PAYR (1902), RUDOLF (1903), SMYTHE (1906), RIEDEL (1906), PRIETZSCH (1906), SCHÖNHOLZER (1909), LITTHAUER (1910), CERNEZI (1900), LANDIVAR (Th. Buenos-Ayres, 1910), BLOCK et DARMSTADTER (1920), WOLFF (1922), GUCCI (1925), MULLEN (1925).

Définition

Le titre de cette affection suffit à la définir, nous ajouterons seulement avec M. LEJARS « qu'elle ne mérite pas son renom d'accident exceptionnel, qu'elle a ses signes bien à elle, son évolution bien personnelle et qu'elle doit tenir place en clinique à côté des autres torsions abdominales aujourd'hui classiques ».

Etiologie

Fréquence. — La torsion du grand épiploon sans être rare, n'est pas une affection très fréquente. De 1858, date de la première observation connue (Pierre de Marchettis) à 1913, il a été publié un peu moins de cent cas. M. AIMES, dans son livre « la chirurgie du grand épiploon » (édit. 1926), a pu en réunir cent vingt-deux observations.

Age-sexe. — Elle s'observe dans les $\frac{3}{4}$ des cas chez l'homme, à l'âge moyen. Les cas de Broca (4 ans $\frac{1}{2}$) et de Wiener (79 ans), sont exceptionnels.

CAUSES PREDISPOSANTES

1° **L'Épiploïte.** — « L'épiploon tordu, dit M. AIMES, est atteint d'épiploïte et toutes les causes d'épiploïte ou d'adhérences épiploïques ont été invoquées ». De ces dernières, l'appendicite et les annexites sont les plus bana-

les, mais fort souvent, elles sont assez atténuées pour être facilement méconnues.

2° la hernie. — Dans 80 % des cas, la torsion apparaît chez des porteurs de hernie. Celle-ci est généralement inguinale, siège le plus souvent à droite ; elle est presque toujours constituée par une épiploocèle ancienne.

3° les tumeurs. — Un certain nombre d'observations rapporte la coexistence avec l'omentovolvulus de tumeurs abdominales (kyste de l'ovaire, PAYR, GROSESSE, RIEDEL) ou de tumeurs propre de l'épiploon (kystes hydatiques, BROCA, TUFFIER, SARCOME, CHIARLEONI).

CAUSES OCCASIONNELLES

Ce sont les traumatismes et surtout les efforts : dans un cas de Thévenard, il s'agit d'une course à bicyclette ; dans un cas de Lapeyre, d'un effort pour soulever un fardeau ; dans deux cas de Riedel d'un travail pénible. Les tentatives de taxis et les bandages herniaires sur lesquels insiste M. LEJARS ont pu provoquer une torsion épiploïque. Enfin MORESTIN et BUFALINI signalent chacun un cas d'omentovolvulus après une purgation et mettent en cause les mouvements péristaltiques provoqués par celle-ci.

Anatomie pathologique

1. — ETUDE MACROSCOPIQUE

L'épiloïte chronique constitue la lésion essentielle et primitive de l'oméntovolvulus ; les poussées aiguës de forme congestive et même gangréneuse, apparaissent secondairement à la suite de la torsion dont elles sont la conséquence. Nous décrirons successivement le pédicule de torsion et l'épiploon enflammé.

A. — Le pédicule de torsion

Le siège de la torsion est variable et celle-ci peut être rencontrée depuis l'insertion colique jusqu'à la partie intra-sacculaire, (quand il y a hernie). Mais généralement elle se fait en haut près du colon transverse.

Le nombre de tours décrits par l'épiploon peut être d'un, quatre et six tours (quatre dans notre observation personnelle). Le pédicule peut être mince, large (sa largeur maxima dépasse rarement deux à trois travers de doigt). Il peut être court ou parfois long de plusieurs centimètres. Il peut être double (cas fréquent) et la torsion se faire en deux points, en sens inverse (cas de BARACZ). Enfin, dans certains cas, la torsion peut être multiple et complexe (anatomiquement parlant).

Si la torsion est très accentuée, il peut y avoir arrêt de la circulation dans la tumeur et gangrène. Dans un cas signalé par WIESSINGER, le pédicule s'était même rompu et la masse épiploïque sphacelée, était libre dans la cavité abdominale. Cependant la gangrène est exceptionnelle, les vaisseaux épiploïques entourés d'un épais manchon de graisse ne sont que très incomplètement comprimés et continuent à assurer partiellement la vitalité de l'organe.

A un degré moindre, la stase sanguine produite par la compression veineuse, n'amène qu'une augmentation de volume de la tumeur avec parfois sous l'influence de cette congestion, des hémorragies intra-épiploïques.

B. — L'épiploon

La masse épiploïque sous-jacente à la torsion (ou la masse intermédiaire lorsque la torsion est double) peut atteindre une taille parfois considérable. « Grosse comme les deux poings » dans une observation de M. LEJARS, elle pesait 460 gr. dans un cas de M. LAPEYRE ; 600 gr. dans un cas de LUCAS-CHAMPIONNIERE et jusqu'à un kilog dans le cas de M. BARACZ.

L'aspect de cette tumeur est celui d'une masse œdématisée et enflammée « épaisse, compacte, infiltrée de sang » (M. LEJARS) parcourue par de grosses veines turgescentes, considérablement dilatées qui font saillie. Quelques-unes de ces veines sont thrombosées et semblent l'origine des larges plaques de sphacèle et de gangrène que l'on peut rencontrer.

Parfois existe un épanchement sero-fibrineux (M. LEJARS) ou purulent, témoin de la réaction péritonéale.

Après de ces lésions inflammatoires aiguës, existent de lésions épiploïques chroniques sur l'importance capitale desquelles on ne saurait trop insister. Des brides fibreuses, blanchâtres, filiformes, de volume et de longueur variables que M. LAPEYRE compare à des lanières « dures et lardacées » s'entrecroisent dans tous les sens en formant aux points de croisement des « nœuds de rétraction » (MM. WALTHER, HALLER). Parfois cette épiploïte chronique affecte la forme fibro-graisseuse décrite par LEROY (thèse, Lille 1905) ; l'épiploon ressemblant à de la « couenne » est épaissi, lardacé infiltré de tissus fibreux et gras plus ou moins modifié.

Nous insisterons sur l'importance du rôle de ces « lanières » et de ces « nœuds de rétraction » stigmates d'épiploïte chronique lorsque nous étudierons la pathogénie de l'omentovolvulus.

Il nous reste à signaler la facilité avec laquelle l'épiploon enflammé contracte des adhérences avec les organes voisins. C'est là encore un élément indispensable à la compréhension du mécanisme de la torsion de l'épiploon. Ces adhérences peuvent s'établir avec le sac herniaire, avec le péritoine pariétal, les anses grêles, le cœcum, le pavillon de la trompe, les diverses tumeurs abdominales.

L'omentovolvulus présente avec la hernie des rapports qu'il est intéressant de préciser. Dans 80 % des cas, la torsion survient chez un sujet porteur d'une hernie inguinale droite ; il s'agit presque toujours d'une épiplo-

cèle ancienne. Dans les $3/4$ des cas, l'épiploon engagé dans la hernie présente des adhérences avec le fond du sac ; dans quelques cas la hernie est réductible, parfois enfin elle est absolument vide (WIENER, RIEDEL, SMYTHE).

Il est important de signaler qu'une torsion herniaire (cas de BARACZ par exemple) peut coïncider avec une torsion plus haut située, intra-abdominale et qu'on peut trouver sous-jacentes à ces torsions deux masses épiploïques enflammées, l'une intra-herniaire, l'autre intra-abdominale. (Quelquefois une seule, intra-abdominale intermédiaire aux deux pédicules de torsion). Les deux masses communiquent entre elles par une corde dite « corde épiploïque de Velpeau ».

Cette notion est particulièrement intéressante. Il faut s'en souvenir au cours d'une intervention et toujours vérifier s'il n'existe pas une seconde tumeur dans l'abdomen.

2. — ETUDE MICROSCOPIQUE

L'étude histologique de cette affection a été faite par CORNIL, M. MAUCLAIRE, M. BUFALINI et plus récemment par MM. E. POLOSSON et H. COMTE.

Voici ce que dit CORNIL sur une pièce provenant du malade de PERAIRE :

« S'y trouvaient des lésions inflammatoires de la trame épiploïque, ayant débuté par une infiltration périvasculaire des cellules embryonnaires : lymphocytes, cellules conjonctives jeunes, mononucléaires pour la plupart et ayant gagné de proche en proche les parties voisines ; de plus quelques vaisseaux paraissaient oblitérés ».

M. MAUCLAIRE dans une observation d'omentovolvulus intra-herniaire constate « qu'au-dessus du pedicule de torsion, dans la partie de l'épiploon qui paraît saine, les noyaux cellulaires prennent tous une coloration violette par la thionine, beaucoup plus distinctement que dans les parties sphacelées. On n'observe ni thromboses, hémorragies capillaires, mais le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux et sépare les lobules, est épaissi ».

Quant à M. BUFALINI, d'après M. AIMES, il trouva surtout de la dilatation veineuse et de l'œdème de stase.

MM. E. POLLOSSON et H. COMTE ont observé sur une pièce provenant d'un malade de M. PATEL « de classiques infiltrations hémorragiques, plus marquées vers le centre de la tumeur qu'à sa superficie et de plus une infiltration leucocytaire très nette ».

Pathogénie

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la torsion du grand épiploon. Parmi les plus connues, il faut citer celles de HEITZ et BENDER, de VIGNARD, de BAZY, de M. JABOULAY et plus particulièrement celles de M. PAYR, de M. LEJARS, de M. LAPEYRE que nous exposerons en entier .

Pour BAZY, les mouvements péristaltiques de l'intestin, en mobilisant l'épiploon peuvent amener sa torsion. Deux faits sembleraient à première vue en faveur de cette hypothèse. MORESTIN et dernièrement M. BUFALINI (Il policlinico, 15 Juin 1924) ont constaté chacun, un cas de torsion survenu à la suite d'une purgation.

La théorie de M. JABOULAY se rapproche beaucoup de la précédente « L'épiploon animé de mouvements incessants, a une tendance constante à l'enroulement ».

HEITZ et BENDER, VIGNARD attribuent un grand rôle à l'épiploïte chronique, mais leurs explications selon le mot de M. LAPEYRE sont « malaisées ».

Théorie de M. PAYR : Pour cet auteur, on doit rattacher la torsion à un développement inégal de tumeur et à des phénomènes de stase veineuse. Sa théorie est basée sur de nombreuses expériences que nous citons :

De petites boules de magnésium placées dans l'épiploon d'un animal, en dégagant de l'hydrogène amènent la formation de petites tumeurs dont le développe-

ment inégal provoque dans la suite un déplacement du centre de gravité et partant une torsion.

Un pneumatique en caoutchouc, attaché à une forte ficelle et dans lequel on verse progressivement de l'eau, s'allonge, se courbe et se tord en tournant autour de la ficelle. Si un pneu plus résistant remplace la ficelle, le pneu plus élastique se tord autour de l'autre.

Les conditions seraient identiques dans l'épiploon lorsqu'une stase se produit. Artères résistantes, veines plus élastiques sont intimement unies. Et au cours de la stase, les veines dilatées, plus longues et plus sinueuses s'enroulent autour des artères comme le pneumatique autour de la ficelle.

Enfin 4 fois sur 8, M. PAYR a obtenu un omentovolvulus de la manière suivante : Il lie partiellement l'épiploon et forme une tumeur en plaçant un rein dans l'extrémité inférieure cousue. La stase est obtenue par quelques ligatures veineuses.

Théorie de M. LEJARS : « La présence d'un sac herniaire où l'épiploon s'engage, s'étire, adhère, s'épaissit, semble créer à la torsion les meilleures conditions pathogéniques. Les noyaux d'épiploïte chronique en partie pédiculés qu'on trouve dans les épiplocèles finissent par constituer dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée des sortes de corps étrangers, des tumeurs lourdes déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes une fois réduites ; et les mouvements de va-et-vient qu'elles exécutent, les manœuvres de taxis auxquelles elles sont soumises exagèrent cette tendance à l'enroulement.

Autre chose : quand l'épiploon adhère au fond du sac herniaire, il est tendu entre deux points fixes, son implantation colique d'une part, son adhérence sacculaire de l'autre ; et, comme pour un mouchoir triangulaire fixé par ses deux angles, sa partie libre, son angle libre peut tourner, circulairement autour de cet axe vertical. Sans insister sur les détails de ce mécanisme, nous rappellerons que ce volvulus entre deux points fixes, explique la présence des doubles torsions, l'une supérieure para-colique, l'autre inférieure intra-sacculaire et de sens inverse ».

Théorie de M. LAPEYRE : « La hernie joue incontestablement un rôle prépondérant dans la genèse habituelle de la torsion, mais elle n'est pas nécessaire ainsi qu'on l'a cru tout d'abord. Il me semble que la cause première de la torsion doive être plutôt recherchée dans une épiploïte chronique qui non seulement augmente le poids de l'épiploon, en modifie la forme, mais crée dans son intérieur même des cordelettes scléreuses des lanières toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres, à s'enrouler entre elles. Cette épiploïte accentuée est constante, elle s'explique très bien lorsque l'épiploon a contracté des adhérences, très bien encore lorsqu'il a été engagé dans une hernie. Il ne reste à expliquer sa production que dans les cas où l'épiploon s'est tordu indépendamment de toute tumeur ou de toute hernie. Remarquons que dans un cas cité par LEJARS, il y avait de l'ascite et par suite évidemment des lésions inflammatoires. Aussi je n'hésite pas à considérer l'épiploïte comme la cause

essentielle du volvulus et j'observe en faveur de cette opinion qu'elle explique très bien les torsions complexes, très bien aussi les torsions en deux points ».

La pathogénie de l'omentovolvulus peut paraître après cette lecture, infiniment complexe. Il semble cependant que chacun des travaux que nous venons de citer a eu le mérite de mettre en valeur quelques-uns des éléments de la solution et qu'il suffit pour éclaircir le problème d'un simple travail de coordination.

Le premier point qui nous paraît définitivement acquis est celui de l'existence d'une épiploïte chronique. C'est le grand mérite de M. LAPEYRE d'avoir insisté sur ce point, d'avoir montré que c'est là la seule lésion constante, commune à tous les cas d'omentovolvulus. Peu importe qu'elle soit elle-même secondaire à une irritation ou à une infection chronique, qu'elle résulte de l'engagement habituel de l'épiploon dans un sac herniaire, de la propagation d'une infection appendiculaire ou annexielle, ou qu'elle soit le fait d'un processus infectieux comparable à celui de la mésentérite rétractile ; le fait capital est la transformation scléreuse de l'épiploon, son étirement qui entraîne la formation de « cordelettes scléreuses, de lanières toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres, à s'enrouler entre elles ». Tel est le premier facteur indispensable à la production de l'omentovolvulus.

Le deuxième est fourni par le déséquilibre de la masse épiploïque. Le déséquilibre peut relever de causes multiples. Parfois c'est encore l'épiploïte qui est en cause : elle

détermine, en effet, la formation de noyaux plus ou moins pédiculés qui « finissent par constituer dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée des sortes de corps étrangers des tumeurs lourdes déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement et à tourner sur elles-mêmes ».

Plus rarement le déséquilibre résulte du développement dans l'épiploon d'une tumeur telle qu'un kyste hydatique.

Tels nous paraissent les deux facteurs capitaux absolument indispensables à la production de toute torsion de l'épiploon. Celui-ci est transformé du fait de l'épiploïte chronique en une masse suspendue dans la cavité abdominale par un pédicule plus ou moins étroit et en équilibre instable prêt à se rompre sous l'influence d'un incident quelconque (traumatisme, effort, purgation, etc.). Cette pathogénie nous semble capable d'expliquer notamment les cas les plus extraordinaires en apparence c'est-à-dire ceux qui se produisent sans hernie et sans tumeur.

Dans la grande majorité des cas, enfin, intervient un *troisième facteur*, c'est la fixation de l'extrémité inférieure de l'épiploon en un point (sac herniaire, tumeur pelvienne). L'épiploon est alors « tendu entre deux points fixes, son implantation colique d'une part, son adhérence sacculaire de l'autre et comme un mouchoir triangulaire fixé par deux de ses angles, son angle libre peut tourner circulairement autour de cet axe vertical » (M. LEJARS).

Symptômes

Les travaux classiques concernant l'omentovolvulus donnent chacun une division différente des formes cliniques de cette affection.

C'est ainsi que M. LAPEYRE, distingue deux grandes formes, la forme herniaire, la forme appendiculaire. M. LEJARS oppose à la torsion épiploïque combinée à une hernie irréductible, celle qui est combinée à une hernie vide. La classification adoptée par VIGNARD l'amène à décrire, d'une part les formes lentes de torsion insoupçonnée que des accidents aigus peuvent venir brusquer, d'autre part les formes aiguës à apparition soudaine.

(Les différences entre ces divisions sont peut-être moins profondes qu'il ne paraît au premier abord, et il nous semble qu'il serait peut-être possible de les concilier).

Nous décrirons d'abord la forme la plus fréquente, la plus facile à dépister aussi : nous voulons parler de la forme herniaire se présentant sous la forme d'une épiplocèle irréductible, évoluant pendant une période plus ou moins longue de façon subaigue, pour aboutir enfin à des accidents aigus révélateurs. C'est à cette forme clinique que se rattache l'observation originale qui constitue le point de départ de ce travail.

Enfin nous terminerons par la description de la forme appendiculaire de la torsion épiploïque.

I. — FORME HERNIAIRE

Début. — Cette forme de l'omentovolvulus débute généralement de façon extrêmement insidieuse. Il est impossible de préciser le moment de son apparition.

Le sujet qui a dépassé en général la quarantaine, est porteur depuis de longues années d'une hernie inguinale siégeant le plus souvent à droite et constituant une tumeur scrotale assez volumineuse. Il est impossible d'en obtenir la contention par un bandage ; la hernie d'abord assez bien tolérée pendant de longues années, ne traduit son existence que par un peu de sensibilité au niveau du pédicule, quelques douleurs abdominales, un peu de constipations. Les troubles s'apaisent assez rapidement sous l'influence du repos ; puis reparaissent à intervalles de plus en plus rapprochés, se traduisant par une série de poussées inflammatoires, aiguës ou sourdes au niveau de la hernie.

Il est rare d'examiner un malade au cours de cette période initiale de l'affection. On constate alors l'existence d'une tuméfaction mollassse, inégale, s'affaissant sous le doigt, souple par places, dure en d'autres et présentant vers la partie la plus déclive une masse plus volumineuse, pâteuse ou dure souvent même très dure, bosselée et moins mobile que le reste de la tumeur. Tandis que, par des pressions méthodiques, on parvient à en faire rentrer les parties les plus voisines de l'orifice herniaire, la masse la plus considérable et la plus consistante de la hernie se refuse à prendre le même chemin.

Quoique l'anneau soit perméable et qu'on puisse souvent y introduire le doigt, la masse contenue dans le scrotum vient buter contre lui et ne peut le franchir. Ces hernies ne sont pas sonores, elles ne présentent pas de gargouillements, mais quand le malade tousse ou fait un effort, elles offrent une impulsion manifeste. Ce sont de grosses hernies épiploïques devenues irréductibles parce que l'épiploon a contracté des adhérences dans le sac.

Tels sont les signes fonctionnels et physiques de cette phase initiale de l'omentovolvulus. Ils traduisent la longue période pendant laquelle se constitue l'épiploïte, dont nous avons montré l'importance pathogénique. L'altération de l'épiploon prenant son point de départ dans le sac herniaire, se propage à l'organe tout entier à la faveur de poussées inflammatoires subaigues d'intensité variable, se succédant pendant des mois, pendant des années.

Période d'Etat. — Les accidents de torsion proprement dite peuvent, à leur tour, revêtir tantôt une allure subaigue, tantôt une allure aigue.

Dans le premier cas, le malade accuse simplement une aggravation progressive de troubles qui marquaient le stade d'épiploïte. Il se plaint de douleurs abdominales, évoluant par crises paroxystiques à type de coliques. Leur intensité est assez grande pour contraindre le malade à l'alitement, elles se produisent à intervalles rapprochés. Elles s'accompagnent volontiers de nausées, mais les vomissements restent exceptionnels. On observe

soit de la diarrhée, soit de la constipation, mais jamais d'arrêt des gaz.

L'état général n'est que modérément atteint. La température et le pouls restent normaux. On note un certain degré de fatigue due à l'insomnie, à la persistance des douleurs, à la restriction de l'alimentation.

Les formes aiguës revêtent au contraire une allure sérieuse. Le malade est pris brusquement d'une douleur abdominale extrêmement intense, l'arrachant à ses occupations, le contraignant à rester immobile, replié sur lui-même. Des nausées et des vomissements alimentaires et bilieux apparaissent ; le malade accuse une sensation de malaise, de l'agitation ou une grande anxiété ; une dépression des forces, parfois une tendance à la syncope ; le facies est inquiet, le pouls est petit et accéléré.

Dans l'un et dans l'autre cas, seul un examen minutieux permettra de poser le diagnostic exact. Le chirurgien est en effet frappé d'emblée par l'existence d'une hernie irréductible, douloureuse et l'impression première est celle d'une épiploïte étranglée. Cependant la palpation permet parfois de sentir en déprimant la paroi du ventre, la portion intra-abdominale de l'épiploon qui est tordue. Cette véritable « corde épiploïque » suivant l'expression de VELPEAU, conduit, lorsque la torsion est double, à une autre tuméfaction plus ou moins volumineuse ovoïde à grand diamètre vertical, douloureuse, spontanément et à la palpation, si bien qu'il est difficile d'en préciser la limite avec certitude.

Tel est le signe physique qui dans les cas schématiques permet d'affirmer le diagnostic. En pratique, il est rare

de le trouver avec toute la netteté désirable ; et surtout chez les sujets gros la recherche en est fort délicate.

Evolution. — L'évolution de l'omentovolvulus abandonné à lui-même est en général progressive. Les douleurs abdominales persistent, le malade anorexique, secoué constamment par les nausées et les vomissements ne peut s'alimenter. La constipation est opiniâtre. L'état général s'aggrave progressivement, les forces diminuent, le poulx devient petit et irrégulier. Le ventre est météorisé, douloureux spontanément et à la palpation; on peut constater parfois le développement d'un épanchement séro-fibrineux ou purulent dans la cavité péritonéale.

Terminaison. — Cette évolution n'a pas l'extrême gravité, ni la terminaison irrémédiable dans un bref délai de l'étranglement herniaire. Elle est beaucoup plus longue, coupée de phases d'accalmie, auxquelles succèdent de nouvelles rechutes. Cependant elle aboutit en général à la mort du fait de l'altération progressive de l'état général. Les malades succombent alors après une longue période de cachexie. Plus souvent cette fin est hâtée par l'apparition d'une complication intercurrente.

Complications. — Celles-ci peuvent être divisées en complications locales et en complications générales.

Parmi les premières doivent être rangés, les sphacèles de la tumeur épiploïque, les hémorragies gastro-intestinales (3 cas de mort), EISLSBERG, MORESCO, PÉRIER, et les péritonites soit purulentes aiguës, exceptionnelles,

soit subaigues. Ces dernières peuvent entraîner la production d'un iléus paralytique dont le développement complique singulièrement le tableau clinique.

Parmi les secondes se placent, les infarctus pulmonaires, les broncho-pneumonies si fréquentes chez ces sujets âgés, alités pendant plusieurs semaines, les défaillances cardiaques et rénales.

II. — FORME APPENDICULAIRE

Elle est importante à connaître en raison de sa relative fréquence et de la difficulté de son diagnostic.

Le début est brusque, marqué par une violente douleur abdominale. Le siège en est péri-ombilical ou dans la fosse iliaque droite, plus souvent la douleur est diffuse. Elle revêt la grande intensité des syndrômes de torsion de tumeurs abdominales. Elle est continue, coupée par des paroxysmes intenses. On peut observer quelques nausées mais le peu d'importance ou même l'absence de vomissements, est un bon signe différentiel avec l'appendicite. L'on note en général un arrêt à peu près complet de matières, mais c'est là encore un fait essentiel; quelques gaz peuvent en être émis.

Il n'est pas moins intéressant de préciser les signes généraux. Si l'anxiété, les modifications du pouls, sont ceux de tout grand syndrome abdominal, on est frappé de suite par l'absence d'élévation thermique.

L'examen physique montre enfin d'emblée l'existence d'une tuméfaction très importante, douloureuse, à limites

un peu imprécises, mate, siégeant dans la fosse iliaque droite. Pas de points douloureux précis, mais un empâtement diffus; pas de contracture mais un peu de défense qui cède à une palpation très douce et très patiente ; pas d'hyperesthésie cutanée.

Il semble donc qu'un examen précis et pratiqué peu après le début des accidents permet de constater d'assez nombreuses anomalies dans le tableau clinique de cette « fausse appendicite ». Peut-être est-il plus difficile au contraire de se prononcer au bout de quelques jours quand l'hypothèse d'un abcès appendiculaire n'est plus invraisemblable.

La persistance de signes fonctionnels atténués, la constatation d'une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite, l'existence d'une certaine altération de l'état général peuvent induire en erreur. Il pourra être utile alors de compléter un examen clinique minutieux par une numération leucocytaire. La constatation d'un chiffre voisin de la normale sans modification appréciable de la proportion des polynucléaires, est un argument important contre l'hypothèse d'un abcès appendiculaire.

L'évolution de cette forme, abandonnée à elle-même est comparable en tous points à celle de l'omentovolvulus à forme herniaire.

Le plus souvent, on observe non pas une forme appendiculaire pure, mais une forme appendiculaire coexistant avec une hernie. Dans ce cas la tumeur abdominale se prolonge avec la masse herniaire par l'intermédiaire d'un gros cordon douloureux (corde épiploïque de VELPEAU). Il est souvent délicat de percevoir cette corde à la

palpation c'est cependant un signe extrêmement utile pour l'établissement du diagnostic positif ; suivant l'expression de MM. POLLOSSON et COMTE c'est là « un signe positif des plus caractéristiques ».

Suivant la rapidité de l'évolution signalons enfin des formes aiguës et des formes chroniques de la torsion épiploïque. Dans ces dernières l'atténuation des signes fonctionnels laisse le premier plan aux manifestations générales d'intoxication, par les produits de resorption provenant de la masse épiploïque en voie de nécrose. Suivant le cas ces troubles peuvent simuler une asystolie, une urémie, une intoxication.

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Il a quelquefois été fait, notamment par MM. LEJARS et PAYR ; il est fort difficile. On pense plutôt à une hernie étranglée ou à une appendicite, qui sont des affections beaucoup plus fréquentes et dont les signes cliniques sont à peu près identiques.

Cependant M. LEJARS pense « qu'à l'heure actuelle : l'histoire clinique de l'omentovolvulus repose sur des documents assez nombreux et assez précis pour que l'erreur de diagnostic ne soit plus inévitable ».

M. SMYTHE est même beaucoup plus catégorique, pour lui il y a « une assez grande différence de traits cliniques entre les deux affections, pour que l'erreur de diagnostic ne puisse arriver au chirurgien qui rencontre son second cas. »

II. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La division clinique que nous avons adoptée sera notre guide pour la discussion du diagnostic.

A Omentovolvulus à forme herniaire

1. Pendant la période initiale, stade d'épiploïte préparatoire de la torsion. Les caractères de la douleur, la

notion facile à acquérir par un examen clinique élémentaire, qu'il s'agit d'une épiplocèle irréductible ou incoercible, doivent être considérés comme des indications opératoires nettes. Une telle hernie devra être traitée sauf indications tirées de l'état général du malade par une cure radicale et résection large de l'épiploon malade.

2. **Les formes aiguës d'omentovolvulus** herniaire prêtent avant tout, à erreur avec la *hernie inguinale étranglée*.

Sans doute un examen attentif pourrait-il montrer que la tuméfaction scrotale est mate, mais la présence de liquide dans une enterocèle étranglée est assez fréquente pour que ce signe n'ait qu'une valeur modérée.

La douleur est diffuse, non pas localisée au pédicule : c'est là un signe bien médiocre. Les douleurs abdominales sont importantes, mais elles peuvent être attribuées à des coliques intestinales.

Beaucoup plus importante serait la constatation d'une tumeur abdominale lorsqu'il existe une double torsion, et surtout de la persistance de l'émission des gaz par l'anus.

Même un examen soigneusement conduit aboutira souvent au diagnostic d'épiplocèle étranglée. L'erreur n'est d'ailleurs pas très grave. Le fait capital est de poser l'indication opératoire d'abord, d'opérer correctement ensuite : ce point sera envisagé ultérieurement.

Nous insisterons moins sur les causes d'erreur plus rares ou plus grossières :

L'appendicite herniaire s'accompagne d'une élévation

thermique, de signes de réaction péritonéale qui ne prêtent guère à confusion.

L'*orchite d'un testicule ectopié* sera aisément soupçonnée sur la constatation de la vacuité de la bourse correspondante.

Enfin la *coexistence d'une péritonite et d'une hernie inguinale* a pu parfois prêter à discussion. Il suffit d'un examen attentif pour éliminer cette cause d'erreur.

3. Les formes lentes de l'omentovolvulus herniaire sont plus facilement méconnues, tandis que les formes aiguës exposaient davantage à la confusion. Il est possible, en effet, que l'attention du médecin soit absorbée par l'importance des signes généraux et que la hernie inguinale, infirmité banale, soit négligée. C'est ainsi que sont explicables des diagnostics tels que ceux d'asystolie ou d'urémie.

Dans d'autres cas, les accidents sont bien rapportés à la tuméfaction scrotale, mais celle-ci est considérée comme une *tumeur maligne* (cas de MM. POLLOSSON et COMTE), ou comme une *épiplocèle douloureuse*. C'est l'examen de l'abdomen et la constatation de la tumeur épiploïque qui redresseront l'erreur. La difficulté est grande quand il s'agit de sujets obèses à paroi épaissie, infiltrée de graisse.

B Forme appendiculaire

L'erreur classique est l'*abcès appendiculaire*. Le même début brusque après une série de crises, suivies de périodes d'accalmie, une tuméfaction identique dans la fosse iliaque droite, des signes généraux comparables, rendent

l'erreur d'autant plus facile que l'appendicite est une affection beaucoup plus fréquente.

Nous avons déjà insisté sur les points précis qui permettent d'éviter la confusion : l'absence ou le peu d'importance des vomissements, l'absence d'élévation thermique et d'accélération du pouls, l'imprécision des signes physiques (contracture, hypéresthésie, points douloureux), la persistance d'une formule leucocytaire normale. De plus, l'omentovolvulus ne présente pas cette « douleur aigue, lancinante des suppurations en évolution ». (M. LEJARS). La tuméfaction de la torsion paraît plus superficielle, comme accolée à la paroi. Enfin, elle est volumineuse et le développement aussi rapide d'une pareille tumeur appendiculaire aurait une allure beaucoup plus grave ; « il faudrait penser à un abcès considérable pour la justifier ». (M. AIMES).

Il est important de rappeler, en terminant cette discussion, combien le diagnostic est facilité quand coexiste une hernie inguinale droite, même vide, qui met sur la voie.

Les *torsions de tumeurs pelviennes* ou *abdominales* prêtent à erreur, et celle-ci est à peu près inévitable si l'on ignore les antécédents du malade.

Une dernière cause d'erreur à signaler est donnée par les *tumeurs coecales*, tuberculose ou cancer. Leur évolution plus lente, l'existence des troubles du fonctionnement intestinal, sont des arguments importants.

Pronostic

Le pronostic n'est pas très sévère, il dépend de la précocité de l'intervention. C'est ce que souligne M. LAPEYRE quand il dit : « La forme appendiculaire me paraît plus dangereuse uniquement parce qu'elle n'évoque pas comme la forme herniaire, l'appel immédiat du bistouri ».

Abandonnée à elle-même, la torsion aboutit généralement à la mort, après péritonite et septicémie. Dans quelques cas, cependant, on a pu constater une régression, mais elle n'est jamais complète, les lésions épiploïques demeurent, les troubles digestifs et les douleurs abdominales persistent.

De plus, cette affection évoluant par crises, « chaque crise aggrave l'épiploïte qui favorisera une torsion nouvelle et le malade reste toujours sous la menace d'une crise mortelle, soit par gangrène de la masse tordue, soit par une des complications si nombreux de la torsion. » (M. AIMES).

Traitement

Le traitement de l'omentovolvulus est exclusivement chirurgical. Il doit être aussi précoce que possible. Il consiste à l'exérèse de l'épiploon tordu, au-dessus du pédicule, en zone saine.

1. **La forme appendiculaire** est traitée, si le diagnostic a été posé, par laparatomie médiane para-ombilicale. Si l'on a fait une incision de MAC BURNEY ou de JALAGNIER, il est possible de terminer l'intervention en agrandissant la brèche vers le haut. On isole ensuite l'épiploon, cette manœuvre est parfois compliquée par l'existence d'adhérences intestinales. Celles-ci peuvent, le plus souvent, être libérées sans que le péritoine soit lésé ; les points deperitonisés seront soigneusement suturés. On ligature l'épiploon un peu au-dessus du pédicule de torsion, en prenant les précautions habituelles en pareil cas, et on resèque toute la masse en voie de nécrose.

On explore alors très soigneusement la cavité abdominale, afin de traiter éventuellement l'affection causale (appendicite, lésions annexielles, etc.).

Il ne reste plus qu'à reconstituer la paroi abdominale ; il est presque toujours inutile de drainer.

2. **La forme herniaire** est justiciable de la herniolaparotomie. Il convient de rappeler ici, combien serait

mauvaise une intervention au cours de laquelle le chirurgien se bornerait à la résection de l'épiploon contenu dans la hernie. Il faut systématiquement libérer le pédicule, jamais très serré en l'occurrence, et extérioriser l'épiploon jusqu'à ce que l'on soit en zone évidemment saine.

Une telle conduite permet d'éviter à coup sûr, la confusion avec une épiplocèle étranglée ou la méconnaissance d'une seconde torsion plus haut située.

Il suffit d'agrandir l'incision vers le haut, pour pouvoir attirer dans la brèche tout l'épiploon sphacelé et faire porter la ligature en zone normale. L'intervention est terminée par une cure radicale, suivant le procédé habituel.

CONCLUSIONS

L'omentovolvulus, affection rare, n'est pas exceptionnelle.

La pathogénie est complexe : la torsion épiploïque est conditionnée par la transformation scléreuse de la partie supérieure de l'épiploon, l'alourdissement et le déséquilibre de sa partie déclive : l'un et l'autre résultent en général d'une épiploïte chronique. Le plus souvent, intervient un troisième facteur, la fixation du pôle inférieur de la masse épiploïque dans un sac herniaire ou à une tumeur pelvienne.

La symptomatologie de cette affection peut être ramenée à deux formes : la forme herniaire et la forme appendiculaire. Elles évoluent en deux phases, l'une fort longue, insidieuse, phase d'épiploïte ; l'autre, plus courte, marquée par des accidents très graves, phase de torsion proprement dite ; celle-ci est tantôt aigue, tantôt lente.

L'évolution est fatale au bout d'un assez long délai, si l'affection est abandonnée à elle-même ; traitée, son pronostic est relativement favorable.

Les principales causes d'erreur de diagnostic sont indiquées par le nom même des formes cliniques. Ce qui est capital, c'est de poser l'indication opératoire. L'intervention, le cas échéant, permettra de rectifier le diagnostic.

Le traitement est exclusivement chirurgical. Il consiste dans la résection de la masse épiploïque tordue.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de Thèse,*

ROGER.

PIERRE DUVAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,

BRUNOT.

BIBLIOGRAPHIE

Pierre de MARCHETTIS. — 1858. — *Recueil observ. rares de chir. et de méd.*

OBERST. — *Centralblatt für chir.* n° 27. — 8 juillet 1882.

DEMONS. — *Rev. chirurg.* — 1893.

HEITZ et BENDER. — *Tors. du grand Epipl.* — *Rev. Gynec et de chir.* Abd, mai 1901.

VIGNARD et GIRAUDÉAU. — *Archiv. Prov. chir.* 1901.

GIRAUDÉAU. — Thèse Paris 1903.

Un cas de tors. du grand Epipl. — QUÉNU, *Bull. soc. chir.* 1903, p. 250.

Un cas de tors. du grand Epipl. — CAPETH. — *Soc. Anat.* 1903, p. 539.

Un cas de tors. du grand Epipl. — TREMOLIERES. — *Bul. Soc. Anat.* 1903, p. 693.

Kyste hydatique du grand Epipl. avec torsion et phénomènes inflammatoires. — BROCA. — *Rev. mens. des maladies de l'enfance.* — 1903.

MAUCLAIRE. — *Rev. de Gynec.* 1904.

ROCHE. — Thèse Paris 1905.

PRETZCH. — *Beit. z. Klin. Chir.* 1906.

SMYTHE. — *Surgery gyn. and. obstetr.* Oct. 1906.

LEJARS. — *Les torsions du grand Epiploon.* — Sem Médic.
13 févr. 1907.

LAPEYRE. — Archiv. Prov. Chir. juin 1907, sur *L'Omentovolvulus*.

FOUSSENG. — Thèse Montpellier 1908.

KOTHE. — Deutsche. Med. Wachenschrift, 23 avril 1908.

POTHERAT. — Bull. Soc. chir. 1908, p. 922.

*Kyste de l'ovaire tordu sur son pedicule, torsion
simultanée du grand épiploon.*

MATTRAITS. — Thèse Paris, 1908.

POTHERAT. — Bull. Soc. Chir. 1909. — *Tors. intra. abd.
du grand Epiploon.*

MAUCLAIRE. — Bull. Med. 1910.

PERDRIZET. — *La Clinique*, 4 août 1911.

BARBONI. — Thèse Paris 1911.

HEDLEY. — The British. Med. Journ. 11 nov. 1911.

KENDIRJY et SÉJOURNET. — Rev. chir. 1910 (*Tors et étrangl^{ts} des sero-appendices epiploïques dans les sacs herniaires*).

HEYRAUD. — Thèse Lyon 1912.

PRUTZ et MONNIER. — Deutsch. chir. 1913.

CERNEZZI. — *La torsion du grand épipl.* — 1900. — Vallardi, édit., Milan.

UFFREDUZZI. — Giorn. de la R. Acad. di Méd. di Torino.
T. LXXV, n° 3.

BLOCK et DARMSTADTER. — The Journ. of the Americ.
Med. Assoc. 1920, n° 13.

- AIMES. — *Chirurg. du grand Epipl.* — 1920. — MALOINE.
- SIMON et STULZ. — *Archiv. Franco-Belges, chir. déc. 1921.*
- PATEL. — *Soc. chir. Lyon, 3 nov. 1921. (Tors de l'Epipl. et appendicite aigue).*
- FIERE. — *Thèse Lyon, 1922.*
- WOLFF. — *Bruns. Beit. Z. Klin. chir., 1922, n° 1.*
- Ch. LEFEBVRE. — *Arch. Franco-Belges, chir., fév. 1923.*
- TENIKLOFF. — *Deust. Zeitschrift für chir., 30 mars 1923.*
(*Sur la tors. des pédicules de certains viscères. — Epipl. — Testic., etc.*)
- BUFALINI. — *Il policlinico, 15 juin 1924.*
- BULMAN. — *The lancet, 19 juillet 1924.*
- GUCCI. — *Révista ospedaliera, 30 avril 1925. Diagnostic de la tors. du grand Epiploon.*
- E. POLLOSSON et H. COMTE. — *Lyon chirurg., juillet-août 1925. (Tors, abd. chronique du grand Epiploon).*
- MULLER J. — *Surg. Gynec. and obstetr., mai 1925.*
-

